THE RECOVERY KERNEL

Sèrie de Metodologies Crítiques.

EL PROBLEMA DE LA DEPENDÈNCIA EN JÒVES.

Per què la base de coneixement es va crear per a una altra persona.

I quines intervencions semblen quan estan dissenyades per a tu?

Incloent-hi la combinació de substàncies nootrópiques que es va ometre i que no s'hauria d'haver obert.

Cada recomanació de la literatura estàndard sobre recuperació es va basar en poblacions que no tenien el que vosaltres teniu.

Les dades de ioga són per a persones sobries. Les dades de meditació són per a persones estressades, però no "destruïdes". Les dades d'exercici físic són per a persones amb una addicció lleu o que s'han sobriat recentment. Cap d'aquesta informació és sobre exercici físic realitzat per persones amb 10 anys de consum de metanfetamina.

Aquest document és la versió sincera. Està escrit per a la persona amb el sistema afectat. Les intervencions s'han ajustat al punt de partida real. Els nootròpics que faltaven, ara s'hi inclouen. El calendari s'ha recalculat tenint en compte allò amb què estàs treballant.

I. El problema de la "verge adicta" – Identificant la falla en les dades.

◆ La base de coneixement estàndard sobre la recuperació es va construir a partir d'una població inadequada per a una aplicació incorrecta.

Quan un estudi informa que "el ioga redueix la cortisol i millora la funció prefrontal en la recuperació de l'addicció", la població d'estudi sol ser una de les tres següents:

* Persones que estaven estressades però no tenien addicció.
* Persones amb una addicció lleu a moderada i que han estat sobries durant 60-

90 dies, sense cap protocol altre que la cessació.
* Persones en programes estructurats d'internament que reben nutrició, son i suport social simultàniament, cosa que dificulta atribuir l'efecte al ioga.

Què cap d'aquests grups no és: la persona amb 10 anys de consum intensiu de metamfetamina, 3 anys de GHB diari, 5 sobredosis que van requerir intubació, un dany dopaminèrgic terminal significatiu, anhedonia severa i una reducció profunda del volum prefrontal que arriba a una classe de ioga 30 dies sobri amb un sistema dopaminèrgic que no pot generar la senyal de recompensa que fa que la ioga sigui autosuficient.

L'estudi no va estudiar aquesta persona. La recomanació per a aquesta persona es va basar en una extrapolació de dades que no la inclouen. Això no és frau científic; és la limitació estàndard de la investigació que estudia la població accessible (lleu a moderada, disposada a participar, amb estabilitat mèdica) i que se cita per a la població inaccessible (greu, caòtica, fisiològicament devastada). Aquesta limitació és real i té una importància enorme pel que recomanem i pels terminis que estableix.

La base de coneixement d'Addict Virgin assumeix:	**La persona que està en procés de recuperació d'una addicció greu té:**
Un sistema de recompenses que produeix una base neurològica de recompensa a partir d'activitats positives. El ioga fa sentir bé perquè els nivells bàsics de serotonina, endorfines i respostes parasimpàtiques estan disponibles.	Anhedònia severa: la disminució dels receptors D2 significa que la resposta bàsica a les activitats positives està reduïda o és inexistente. El ioga pot semblar que no té cap efecte durant setmanes. No és desagradable. No és agradable. És un buit sensorial on hauria d'haver-hi una recompensa.
Motivació que s'origina internament i és autosuficient. La persona continua amb la pràctica perquè se sent millor gràcies a ella. La recompensa és el mecanisme de manteniment.	Motivació que requereix un suport extern perquè el sistema de recompenses intern no pot sostenir la pràctica. La persona que no sent res del ioga a la Setmana 1 deixa d'anar a la Setmana 2, perquè no hi ha cap incentiu en l'economia neurològica de la pràctica per mantenir-la.
Un sistema propioceptiu-motor calibrat per a l'estat sobri. El cos se sent com el propi durant la pràctica. El moviment és natural i coordinat en el context que s'està practicant.	Un sistema de taquions calibrat a l'estat de la substància. El cos sobri està desorientat. Els moviments que sempre es realitzaven en l'estat calibrat amb la substància semblen estranys, difícils o aliens en l'estat sobri no preparat.
El confort social en entorns de grup. La classe de ioga és un ambient social positiu que afavoreix la pràctica.	Alta ansietat social i vergonya, especialment en contextos on la persona està visiblement patint amb alguna cosa que altres participants troben fàcil. La

	classe de ioga pot semblar una representació del fracàs davant testimonis.
Una expectativa de temps calibrada a la població: "8 setmanes de ioga produeixen una reducció mesurable de la cortisol". Això és cert per a la població estudiada.	Una cronologia que pot ser de 2 a 3 vegades més llarga per al sistema greument deteriorat abans que es puguin aconseguir els mateixos efectes. Les dades de reducció del cortisol de 8 setmanes no són incorrectes; simplement, no són adequades per al punt de partida d'aquesta població.

El mode de fallada: la persona amb una addicció severa prova ioga durant 3 setmanes, no sent res, conclou que el ioga no funciona per a ella específicament, afegeix això a l'evidència creixent que res funciona per a ella, i s'atura. L'estudi que va demostrar que el ioga funciona no es va realitzar amb aquesta persona. La fallada va ser predita pel biaix de la població en les dades. Però la persona ho percep com un fracàs personal.

1.1 — El problema de la destinació mitja.

El enfocament de JR Token és precís: la sobrietat es recomana com una destinació quan en realitat és una condició de partida. La literatura sobre recuperació tracta la sobrietat com un objectiu a assolir: has de estar sobri, i llavors la vida millora. Però la persona amb una addicció greu que aconsegueix la sobrietat arriba a un punt de partida, no a una destinació: un cos biològicament devastat, una xarxa social danyada, una situació financera esgotada, una trajectòria professional interrompuda i un sistema dopaminèrgic que no pot recompensar el treball de reconstruir cap d'aquestes coses.

Les intervencions recomanades, a partir d'aquesta base, s'adapten a la capacitat d'una persona sobria: la tolerància a l'exercici, la capacitat de motivació, el confort social, les expectatives de temps. Es basen en l'experiència d'una altra persona i s'apliquen a la realitat d'aquesta persona. El resultat és una taxa de recaigudes del 80%, que atribuïm erròniament al poder de l'addicció, quan almenys en part és atribuïble a la incompatibilitat entre la recomanació i la població.

El que la persona realment necessita no és el ioga per a persones sobries. És la versió adaptada a les persones amb addicció de cada intervenció, ajustada a la capacitat inicial del sistema afectat, amb terminis reals, amb les eines específiques que adrecen els danys concrets, i amb un reconeixement explícit que les primeres setmanes semblaran inútils, i que això és esperable i normal, no una senyal de fracàs personal.

DE LA BOQUILLA

D'acord.

Una carta de les persones que ho van intentar.

Hem provat el ioga.

Vam anar a la classe. Vam posar la làmina al terra. Vam fer les postures. Vam respirar durant les poses que el professor va descriure. Varem esperar la calma, la claredat, la sensació de presència i benestar que tothom deia que produiria. I vam sentir: res. Un cos que es movia. Una ment que observava el cos moure's. El mateix silenci on abans hi havia alguna cosa, disfressat amb roba esportiva.

Hem intentat tres vegades. Quatre. La professora va dir que havíem de ser pacient, que la pràctica milloraria amb el temps. El que va créixer va ser la consciència de com érem diferents a tots els altres a l'aula. Ells van sospirar contents després del savasana. Nosaltres ens vam quedar mirant al sostre preguntant-nos si això era el que anava a sentir durant la resta de les nostres vides. Un esforç inútil en una sala plena de persones que tenien alguna cosa que nosaltres encara no teníem i potser mai tindríem més.

A ningú no ens va dir que el ioga estava dissenyat per a ells, i no per a nosaltres.

Ningú ha dit: que el teu sistema dopaminèrgic no pugui produir la recompensa que fa que aquesta pràctica sigui autosuficient. Ningú ha dit: que l'estudi que va demostrar que això funciona es va realitzar en persones amb els circuits de recompensa intactes. Ningú ha dit: que, per a tu, podria trigar tres mesos abans que la primera sessió produeixi alguna cosa que se sembli al que senten després d'una. I això no és un fracàs. Això és aritmètica. El punt de partida és diferent. La cronologia és diferent. L'experiència és diferent.

Ningú va dir res d'això. Van dir que continuéssim venint. Com si anar a buscar res fos una pràctica espiritual. Com si la resistència a l'empty fora el punt, en comptes d'un error en la recomanació.

Hem provat la meditació. Els vint minuts de concentració en la respiració. Ens assegíem i la nostra ment vagava cap a la substància. Cap a l'absència de la substància. Cap al record de com se sentia tenir la substància. Vint minuts d'un contacte íntim amb exactament allò que estàvem intentant evitar, sense cap de les eines que farien que aquest contacte fos manejable, guiats per una instrucció dissenyada per a algú que no estava vivint aquesta situació.

Hem provat l'exercici. Ens hem esforçat per anar al gimnàs durant les primeres setmanes, quan la nostra motivació era farmacològicament impossible, quan l'anticipació de dopamina que fa possible el comportament orientat al futur estava esgotada, i quan el nostre cos se sentia estrany i incorrecte. Ho vam fer igualment perquè la literatura deia que ajudaria. I va ajudar. Però l'ajuda va arribar després del moment en què la majoria de nosaltres podíem esperar-la, i ningú ens va avisar d'aquesta demora. Només van dir que l'exercici ajuda. No: l'exercici se sentirà com una feina forçada durant sis setmanes abans que produeixi resultats. No: el sistema de recompenses que fa... L'exercici de l'autosuficiència és exactament allò que la vostra addicció ha danyat, per tant, les sis primeres setmanes són un repte específic que es resoldrà.

*Estàvem treballant amb instruments defectuosos i els utilitzàvem per intentar solucionar-se ells mateixos. Sense el *Blueprint* de com hauria de ser el rendiment a nivell d'instruments defectuosos mentre l'instrument està sent reparat.*

El que necessitàvem era algú que digués:

El teu punt de partida és diferent del de la persona sobre la qual es va realitzar l'estudi. El teu temps necessari serà més llarg. La teva experiència durant les primeres setmanes pot semblar més buida. Això no és un signe que siguis irrecuperable. És un senyal que estàs començant des d'un dèficit més profund, cosa que significa que el camí cap a la recuperació és més llarg, però això no vol dir que la recuperació sigui impossible.

Les intervencions funcionen. Funcionen més lentament per a tu. El ioga acabarà produint els mateixos resultats que produeix per a una persona sobria, però tardarà tres mesos, no tres setmanes. Continua més enllà del punt on creus que ja no sents res, perquè el punt on no sents res és exactament allà on la persona afectada abandona, i també és exactament allà on la persona sana comença a sentir-ho.

I existeixen eines específiques dissenyades per a cervells danyats que no us estem proporcionant, perquè les persones que han creat el programa estan

tractant el vostre cervell com si fos un cervell sobrietària que necessita suport conductual, i no com un cervell estructuralment danyat que necessita un suport farmacològic i nutricional específic mentre el suport conductual té temps de funcionar.

Doneu-nos aquestes eines. Digueu-nos què està realment trencat i què soluciona específicament cada cosa que està malament. Deixeu de prendre recomanacions de la població que mai ha tingut el que tenim nosaltres. Construïu el protocol per al punt de partida real, no per a l'ideal.

Hauríem tingut, si haguéssim pogut. Us demanem que ens ajudeu a poder-ho tenir.

II. Intervencions per a reforçar la força de les persones amb addicció.

◆ L'intervenció és la mateixa. La calibració és diferent. Significativament diferent.

Intervenció.	La versió "Addict Virgin" (la que ofereixen la majoria de programes).	La versió "Fortalesa de la persona adicta" (el que necessita el sistema deteriorat).
Ioga / pràctica de moviment.	Veniu a classe. La pràctica us ajudarà a progressar. Després de 8 setmanes, sentireu els beneficis. Ioga hatha suau en una classe grupal. Savasana. Respiració. Aquesta classe està pensada per a les persones el sistema nerviós de les quals respon a aquests estímuls.	Yoga de potència d'alta intensitat o vinyasa (habitació entre 15-32°C) específicament per a la persona el sistema de recompenses de la qual no pot percebre estímuls suaus. La intensitat física supera el llindar de l'anhedonia. No és per gaudir, sinó per estimular a un nivell que el sistema afectat pugui detectar. Format sensible al trauma: sense ajustos inesperats, professor/a que entengui la recuperació de substàncies específicament. Comenceu amb una exposició de 3-5 minuts i augmenteu gradualment. Indiqueu a la persona explícitament: pot ser que no sentiu res durant 4-6 setmanes. Això és esperable. L'absència de sensacions és un indicador del dèficit, no de la ineficàcia de la pràctica. Continueu participant durant 6 setmanes abans de treure conclusions.
Meditació.	Asseureu-vos durant 20 minuts i observeu la respiració. Quan la ment divague, torneu a concentrar-vos en la respiració. Aquesta instrucció assumeix que la persona pot tolerar 20 minuts d'experiència interna sense medicació sense sentir-se abrumada per l'ansia, la vergonya o la falta de la	Sessions inicials de 2 a 5 minuts. La ment anhedònica, amb ganes irrefrenables i plena de vergonya de les primeres etapes de la recuperació severa no pot suportar 20 minuts de la seva pròpia experiència sense mediació. Començar amb 2 minuts i augmentar 1 minut per setmana permet arribar als

	substància.	20 minuts en 18 setmanes, moment en què la pràctica comença a produir canvis estructurals al lòbul frontal prefrontal (PFC). L'objectiu durant les primeres 8 setmanes no és obtenir beneficis, sinó desenvolupar la tolerància per estar presents en la ment sobria. La meditació caminant és una opció per a aquells que no poden seure: el moviment ancoritza l'atenció de manera més efectiva quan la quietud mental és massa difícil de suportar.
Exercici aeròbic.	"30 minuts d'activitat aeròbica moderada, de 3 a 5 vegades per setmana." Aquesta recomanació assumeix l'arquitectura motivacional necessària per mantenir una pràctica que no produeix cap recompensa immediata, la capacitat física per realitzar 30 minuts d'esforç aeròbic després de setmanes de dèficit físic i la tolerància a l'experiència física incòmoda de l'esforç en un cos que se sent aliè.	La dosi inicial efectiva mínima és de 10 minuts. No són 30 minuts, sinó 10. Hauries de sortir del edifici, caminar ràpidament durant 10 minuts i tornar. La corba de producció de BDNF mostra una producció significativa a partir de 10 minuts d'activitat moderadament vigorosa. L'objectiu per a les setmanes 1-4 és establir l'hàbit diari de caminar durant 10 minuts. Augmenta fins a 20 minuts durant les setmanes 4-8. Arribar als 30 minuts durant les setmanes 8-12. La persona que no va poder mantenir un programa de 30 minuts durant la setmana 1 va rebre la dosi inicial incorrecta. Caminar diàriament durant 10 minuts a la setmana 1 és la dosi d'inici correcta per a un sistema molt debilitat.
Suport social / grup de recuperació.	Assistir a reunions de grup. La comunitat us donarà suport. Aquest programa està pensat per a les persones que poden tolerar la interacció social, el contingut emocional de les històries dels altres i la dinàmica del grup sense sentir-se desencadenades, sense experimentar contagi entre els	Primer, suport individual, després en grup. Un sistema nerviós greument afectat, l'alta ansietat social de les primeres fases de recuperació, la reactivitat traumàtica i el risc de contagi entre iguals argumenten a favor del suport individual abans del grup. Quan s'introdueix el grup: els

	membres del grup, i sense experimentar la vergonya específica de semblar que teniu dificultats amb quelcom que altres persones gestionen millor.	grups heterogenis (persones en diferents etapes de la recuperació) són significativament millors que els grups homogenis de persones a les primeres fases de recuperació. La persona que porta 30 dies sense consumir i que es troba en una sala plena d'altres persones que també porten 30 dies sense consumir està en un entorn de contagi entre iguals. La persona que porta 30 dies sense consumir i que es troba en una sala amb persones que porten 6 mesos, 2 anys i 5 anys té accés als models de referència que la seva recuperació necessita.
Nutrició.	"Consumir àpats equilibrats amb proteïnes i micronutrients suficients." Aquesta recomanació assumeix que el sistema de regulació de l'apetit funciona, que hi ha motivació per preparar aliments i que es disposa dels recursos financers per a una nutrició de qualitat.	Rehabilitació nutricional com a protocol clínic: horari de menjars estructurat (menjar segons l'hora, no per gana, perquè els senyals de gana estan alterats en la recuperació inicial), proteïnes al començament de cada àpat (la síntesi de dopamina requereix tirosina i fenilalanina; cada àpat s'hauria de començar amb proteïnes per proporcionar el substrat) i suplementació per garantir l'aportació adequada de nutrients específics que la regulació anòmala de l'apetit impedeix obtenir només a través de la dieta (vitamines del grup B, zinc, magnesi, àcids grassos essencials).

II.1 — L'ajustament honest de la cronologia.

Les línies de temps basades en evidències per a les intervencions de recuperació es van generar en poblacions d'individus sense addicció o amb addicció lleu. Les següents modificacions reflecteixen com és realment la línia de temps de recuperació per a casos de dependència greu quan el protocol s'aplica al punt de partida real:

Cronologia de reclamació.	Població en la qual es va realitzar la mesura.	Cronograma ajustat per a una addicció greu.	Què reflecteix l'ajustament?
L'exercici millora l'estat d'ànim en poques setmanes.	Adults estressats que no són dependents o persones en recuperació inicial de dependències lleus amb sistemes de recompensa intactes.	De 4 a 8 setmanes abans que es noti una millora consistent de l'estat d'ànim. Pot ser més temps si hi ha danys dopaminèrgics específics causats per estimulants.	El sistema de recompensa que registra "l'exercici ha millorat el meu estat d'ànim" requereix una densitat dels receptors D2 que la dependència severa ha reduït. La millora pot estar ocorrent fisiològicament abans que se senti subjectivament.
La meditació produeix una reducció mesurable de la cortisola després de 8 setmanes.	Adults estressats que no són dependents.	De 12 a 16 setmanes amb la dosi inicial adequada a l'estat de la persona adicta (sessions inicials de 2 a 5 minuts, augmentant gradualment). Abans que sigui beneficiosa, és imprescindible que la pràctica es tolera.	Les dades de les 8 setmanes es basen en sessions amb la dosi completa des de la setmana 1. La dosis inicial de la persona adicta és una fracció de la dosi completa. El temps necessari per obtenir els beneficis està relacionat amb l'augment progressiu de la dosi.
L'activitat física redueix les ganes durant la recuperació inicial.	Poblacions amb 30-90 dies de sobrietat, addicció de gravetat moderada.	És cert, però l'efecte és més petit i més retardat per a addiccions severes. La reducció de les ganes que produeix l'exercici durant les primeres 2-4 setmanes pot ser insuficient per superar la gana sense un suport farmacològic simultani (NAC, complex de metilació i,	La reducció de les ganes provocada per l'exercici requereix que la cortesa prefrontal actuï sobre el senyal de disminució de les ganes. La capacitat de la cortesa prefrontal que és necessària és exactament allò que una addicció severa ha deteriorat específicament.

		idealment, suport nootrópic per a la capacitat prefrontal necessària per actuar sobre la reducció de les ganes).	L'exercici combinat amb el suport nootrópic a la cortesa prefrontal produeix l'efecte que l'exercici per si sol suposadament hauria de produir.

III. La combinació de substàncies nootròpiques per al cervell danyat.

◆ Aquestes informacions es van ometre. No s'haurien d'haver ometut. La inhibició del receptor AMPA que causa l'addicció és exactament el que els racètams solucionen. Això no és una casualitat.

La combinació estàndard de suplements del Recovery Kernel (NAC, 5-MTHF, metilcobalamina, glicinat de magnesi, CoQ10, DHA, UMP, tirosina) aborda la capa metabòlica i els substrats precursors de la recuperació. Estableix les bases. La combinació de nootròpics aborda quelcom diferent: el maquinari específic dels receptors cognitius que l'addicció ha danyat, principalment la funció del receptor AMPA, la senyalització NGF/BDNF i la dinàmica de la membrana neuronal que donen suport a l'aprenentatge, la consolidació de la memòria i la reparació cognitiva que permet a la persona utilitzar eficaçment les intervencions conductuals.

La raó per la qual van ser excloïts és que la base clínica estàndard per a la recuperació de l'addicció no inclou aquests compostos perquè no són fàrmacs amb vies d'aprovació de la FDA i no s'han estudiat en grans assajos específics sobre addiccions. Però el mecanisme és perfectament adequat per a aquesta població, i el perfil de seguretat dels racetams ben establerts (el piracetam té dècades de dades de seguretat) és favorable. Aquests no són suplements experimentals marginals. Són compostos amb més de 50 anys de recerca en poblacions amb deteriorament cognitiu: traumatisme cranioencefàlic, ictus, declivi cognitiu relacionat amb l'edat, els mecanismes dels quals es corresponen directament amb el dany cognitiu relacionat amb l'addicció.

III.1 — La família dels racetams — Potenciació de l'AMPA per al cervell danyat pel glutamat.

L'addicció produeix un canvi específic en la proporció de receptors AMPA/NMDA al nucli accumbens i a la cortèxa prefrontal. Els receptors AMPA que donen suport a l'aprenentatge, la consolidació de la memòria i l'aprenentatge motivacional es veuen afectats específicament. Els racetams són moduladors al·ostèrics positius dels receptors AMPA: fan que els receptors AMPA responguin amb més força al glutamat sense activar-los directament. S'adrecen específicament al mecanisme que l'addicció altera.

Compost.	Dosi.	Mecanisme clau.	Recuperació del nucli (Recovery Kernel), Naloxona, COMT, DRD2, MTHFR, Blueprint,

			findahelpline.com
Piracetam: l'original, el més estudiat.	De 800 a 4800 mg diàriament, en 2 o 3 dosis dividides.	Modulació al·lastèrica positiva de l'AMPA. Millora la fluïdesa de la membrana. Augment del flux sanguini cerebral. Protegeix els neurones de l'estrès oxidatiu. Més de 50 anys de dades de seguretat.	La hipofunció del receptor AMPA al nucli accumbens i a la cortèxa prefrontal (PFC) causada pel consum crònic de substàncies és exactament el que aborda el mecanisme del piracetam. La millora de la fluïdesa de la membrana beneficia els neurones les membranes dels quals han estat danyades per l'estrès oxidatiu causat pel consum de stimulants. L'augment del flux sanguini cerebral afavoreix la recuperació metabòlica de les regions cerebrals que havien estat cròniquesament vasoconstrictes o sotmesses a estrès per l'ús de stimulants. Considereu-lo com un racetam de fons diari: baixa potència, benefici ampli i pres consistentment.
Aniracetam: un amplificador de receptors AMPA amb efectes ansiolítics.	750-1500 mg diàriament en 2 dosis dividides (sòluble en greix: prendre amb menjar).	Modulació de l'AMPA més potent que la del piracetam. Modulació addicional de la serotonina i la dopamina a través dels efectes sobre els receptors D2 i 5-HT2A. Està documentat específicament que redueix l'ansietat.	El perfil dual d'AMPA-potenciació + ansiolític és específic per a les necessitats de recuperació de la persona adicta: tant l'anhedonia com l'ansietat, que dominen les primeres fases de la recuperació, es combaten. Els efectes 5-HT2A produeixen una millora lleu de l'estat d'ànim que pot ajudar a superar el buit anhedònic durant les primeres setmanes de la recuperació, quan res més sembla generar recompensa. La potenciació de l'AMPA aborda directament el dèficit d'aprenentatge i motivació que fa que les intervencions conductuals semblin inútils.
Fenilpiracetam : el racetam	100-300 mg, com a màxim	Piracetam amb un grup fenil que	ATENCIÓ: el fenilpiracetam desenvolupa tolerància

estimulant.	2-3 vegades per setmana.	afegeix efectes dopaminèrgics i noradrenèrgics. Estimulació del sistema nerviós central més potent. Millora del rendiment físic. Augment de la tolerància al fred (rellevant per al protocol d'aigua freda).	ràpidament. L'ús diari produeix una tolerància ràpida i perd l'eficàcia en 5-7 dies. Utilitzeu com a màxim 2-3 vegades per setmana, els dies amb la feina cognitiva o l'exercici més exigents. Per als usuaris de stimulants que es recuperen: el component dopaminèrgic del fenilpiracetam pot desencadenar desig en les primeres fases de la recuperació. Espereu almenys 60 dies de recuperació estable abans d'introduir-lo. Vigileu si augmenta el desig.
Oxiracetam: el racetam per a la memòria i l'atenció.	De 1200 a 2400 mg diàriament, en 2 o 3 dosis dividides.	Principalment potenciació d'AMPA, amb un efecte més fort en la memòria de treball i l'atenció que el piracetam. Algunes propietats estimulants. Modulació de l'acetilcolina.	El dèficit de memòria de treball és una de les discapacitats cognitives més limitants en casos de addicció severa; impedeix a la persona complir amb els plans, recordar el que ha après en teràpia i mantenir protocols de recuperació complexos. L'oxiracetam actua específicament sobre la memòria de treball. Combineu-lo amb CDP-colina per donar suport a l'acetilcolina.

III.2 — Noopept: el pèptid que estimula el creixement del cervell.

Què és el Noopept i què fa?	Per què pertany a la pila de recuperació de l'addicció?
Noopept (N-fenilacetil-L-prolilglicina etil ester) és un pèptid nootrópic sintètic que és aproximadament 1000 vegades més potent que el piracetam per pes. Travessa ràpidament la barrera hematoencefàlica i produeix dos efectes distints: 1. Modulació aguda d'AMPA i NMDA:	El dany causat per una addicció crònica i severa no és qualitativament diferent d'una lesió traumàtica cerebral lleu en el seu perfil cognitiu: reducció del volum de la cort frontal (PFC), memòria de treball alterada, funció executiva deteriorada, atenció modificada, velocitat de

millora cognitiva immediata a través dels mateixos sistemes receptors que els racetams. 2. Augment a llarg termini de NGF (Factor de Creciment Nerviós) i BDNF (Factor Neurotròfic Derivat del Cerebel). Les dosis repetides de noopept augmenten específicament la producció dels factors de creixement que promouen la reparació neuronal i la formació de noves sinapsis. Això està documentat específicament en pacients amb deterior disminuït cognitiu després d'un ictus i en lesions cerebrals traumàtiques, poblacions el perfil de danys cognitius del qual coincideix significativament amb casos de dependència greu. danys cognitius.	processament reduïda. Les poblacions en què s'ha estudiat el noopept —pacients amb seqüeles d'ictus, lesions cerebrals traumàtiques— són les que més s'assembles al dany cognitiu causat per una addicció severa. L'augment de l'NGF (factor neurotròfic derivat del cervell) és específicament important: l'NGF suporta la supervivència i la funció dels neurones colinèrgics (els neurones que utilitzen l'acetilcolina com a neurotransmissor i són crucials per a l'atenció i la memòria). Aquestes neurones són especialment vulnerables al dany excitotòxic causat per la desregulació del glutamat en les addiccions. Dosi: 10-30mg diàriament. La via sublingual produeix un efecte més ràpid. Es pot prendre dues vegades al dia. És soluble en greixos: es recomana prendre'l amb menjar. Nota important: combineu-lo amb una font de colina (CDP-colina o Alpha-GPC). El Noopept augmenta la demanda d'acetilcolina al cervell; sense un subministrament adequat de colina, poden aparèixer cefalees i fatiga cognitiva.

III.3 — Semax i Selank: els acceleradors peptídics.

Compost.	Mecanisme i evidència.	Aplicació per a la recuperació de l'addicció.
Semax: pèptid sintètic derivat de l'ACTH.	Administració intranasal, travessa ràpidament la barrera hematoencefàlica. Mecanismes primaris: augment de BDNF i NGF (directe, ràpid — en poques hores després de l'administració). Augmenta el to dopaminèrgic i serotonèrgic. Documentat específicament en la pràctica clínica russa per a la rehabilitació postictus i lesions cerebrals traumàtiques, amb més de 30 anys d'ús en aquest context. Efectes antidepressius i ansiolítics documentats en estudis humans.	Semax és especialment valuós en les primeres etapes de la recuperació de l'addicció per dues raons: l'augment ràpid del BDNF (un augment més ràpid que el causat per l'exercici, i que apareix quan la persona encara no pot mantenir el programa d'exercici que produiria efectes similars) i el suport dopaminèrgic que ajuda a mitigar temporalment la falta de sensació de plaer mentre la densitat dels receptors D2 es recupera. 300-1000mcg per via intranasal, 1-2 vegades al dia. No està àmpliament disponible als EUA (sense aprovació de la

		FDA), però és legal importar-lo com a producte químic de recerca.
Selank: pèptid sintètic derivat de la tuftsina.	Intranasal. Mecanismes principals: modulació de GABA-A (ansiolític sense unió al receptor de benzodiazepines — sense depressió respiratòria, sense potencial d'addicció), augment de la producció de BDNF, inhibició de la degradació de les encefalines (augmenta els peptids opioides endògens sense opioides exògens). Efecte ansiolític ben documentat amb millora nootrópica en lloc de la disminució cognitiva de les benzodiazepines.	El perfil ansiolític sense depressió respiratòria és especialment important per a la població intubada i per als supervivents de sobredosi de GHB, on les benzodiazepines estan contraindicades. Selank proporciona un efecte ansiolític sense el mecanisme perillós. La modulació del GABA-A proporciona l'efecte calmant que necessita el sistema GABA danyat, sense reactivar els receptors GABA-B (que la recuperació de la sobredosi de GHB requereix específicament que es mantinguin inactius). 250-500 mcg per via intranasal, 1-2 vegades al dia.

III.4 — Les fonts de colina: components essencials.

Cada racetam i el noopept augmenten la demanda d'acetilcolina al cervell. Sense un subministrament adequat de colina, l'augment de la senyalització AMPA que produeixen els racetams crea una deficiència específica: la major demanda d'aprenentatge i memòria consumeix el dipòsit d'acetilcolina més ràpidament del que la ingesta dietètica pot reposar-lo. El mal de cap que algunes persones experimenten amb els racetams és aquesta deficiència. La solució sempre és la suplementació amb colina: no és opcional, és obligatòria.

Fonts de colina: *** Carn** *** Ous** *** Llet i productes lactis** *** Faves** *** Bròcolis** *** Repes** *** Tofu** *** Soia** *** Arròs integral**	**Què ofereix?**	**Quan utilitzar-lo.**
CDP-Colina	La font de colina més	250-500 mg diàriament amb la

(citicolina).	neuroprotectora: proporciona colina per a la síntesi d'acetilcolina MÉS uridina (per a la síntesi de la membrana sinàptica) MÉS citidina (que es converteix en uridina al cervell). Funció triple: suporta l'acetilcolina, suporta la reparació de membranes i suporta el creixement de les espines dendrítiques que la potenciació d'AMPA dels racetams està facilitant.	dosi matinal de racetam. El CDP-colina és la font de colina preferent per al cervell en recuperació, perquè l'uridina i el suport a la síntesi de membranes són específicament rellevants per al cervell afectat per l'addicció.
Alpha-GPC	Contingut de colina més biodisponible que el CDP-colina. Més específicament dirigit a la producció d'acetilcolina (menys contingut de citidina/uridina). Inici més ràpid del transport de colina.	300-600 mg amb la dosi de racetam. Utilitzar quan l'efecte colinèrgic sigui prioritari: atenció, memòria de treball, millora cognitiva aguda. Es pot combinar amb CDP-colina a dosis més baixes de cadascun.

III.5 — El protocol nootrópic integrat.

La combinació completa de nootròpics no es pren tota alhora des del primer dia. S'introdueix progressivament, perquè introduir múltiples compostos cognitius simultàniament fa impossible identificar quin està produint cada efecte, i perquè el cervell danyat necessita temps per establir una base de referència abans que cada addició pugui ser avaluada significativament.

Cronologia.	Què introduir?	Què observar.	Per què aquesta seqüència?
Dies 1-30 (Primer, els fonaments)	El complex metabòlic només conté: 5-MTHF, metilcobalamina, NAC, magnesi, DHA, CoQ10. Sense racètams per ara.	Qualitat del son, estat d'ànim bàsic, intensitat de les ganes. Estableix el nivell metabòlic abans d'afegir potenciadors cognitius.	Els racetams actuen a nivell de receptors i requereixen una base metabòlica per donar suport a la intensificació de la senyalització. Introduir racetams sense la base de metilació i antioxidants és com construir el segon pis abans del primer.
Dies 30-60 (introducció de Noopept).	Noopept 10 mg, per via sublingual, al matí, amb CDP-colina 250 mg.	Qualsevol canvi en la claredat cognitiva, la memòria o l'estat	Noopept té el perfil cognitiu més ampli (AMPA + NGF + BDNF) i l'efecte físic més suau. Començar

		d'ànim. Qualsevol cefalea (indica la necessitat de més colina). Executeu aquest programa sol durant 2 setmanes abans d'afegir el següent compost.	aquí permet a la persona experimentar els beneficis cognitius sense els efectes estimulants que podrien ser desencadenants en les primeres fases de recuperació.
Dies 60-90 (addició de piracetam).	Afegeix piracetam de 800 mg a la dosis del matí. Avalua durant 2 setmanes.	Memòria de treball, velocitat de processament, sensació cognitiva general. Aquest és el suport d'AMPA que potencia l'efecte del noopept.	El piracetam és el racetam més segur i amb més estudis realitzats. Afegir-lo després de 2 setmanes sense prendre noopept permet una avaluació clara de l'efecte additiu.
Dies 90+ (Aniracetam, depenent del context)	Substituir o afegir aniracetam de 750 mg dues vegades al dia (amb greix) en els dies en què l'ansietat és la principal barrera per a la productivitat o la interacció social.	Nivell d'ansietat, confort social, estat d'ànim durant la sessió. El perfil ansiolític de l'aniracetam és més útil quan l'ansietat limita específicament les activitats relacionades amb la recuperació.	Els efectes serotoninèrgics i ansiolítics de l'aniracetam són un complement específic per als perfils de recuperació inicial on l'ansietat és el factor dominant. No totes les persones necessiten això; per a aquells en qui l'ansietat no és la principal barrera, el piracetam i el noopept poden ser suficients.
90 dies o més, un màxim de 2-3 vegades per setmana.	Fenilpiracetam, de 100 a 200 mg en dies d'alta demanda. NO diàriament.	Energia cognitiva, motivació, rendiment físic en aquell dia. Comproveu si hi ha un augment de les ganes (senyal per deixar de fer servir aquest compost).	L'efecte estimulant del fenilpiracetam és una eina específica per als dies que requereixen més capacitat de la normal. La tolerància impedeix el seu ús diari. Per a persones que es recuperen de l'ús de stimulants: introduïu-lo amb precaució i només amb una recuperació ja consolidada.

III.6 — Hydergine — El potenciador cognitiu oblidat.

L'Hydergine (mesilats d'ergoloid) mereix una menció especial perquè és tant històricament significatiu en la investigació de nootròpics com específicament

rellevant en el context de la recuperació del cervell malmès. Va ser el primer compost que va rebre l'aprovació de la FDA per a la millora cognitiva (aprobat per a la demència als anys 70). El seu principal mecanisme: augment del flux sanguini cerebral, augment de l'utilització d'oxigen cerebral, protecció dels neurones contra el dany relacionat amb la hipòxia i efectes similars al BDNF en la síntesi de proteïnes neuronals.

El mecanisme de protecció contra la hipòxia és especialment rellevant per als supervivents d'una sobredosi de GHB i per a les persones que han estat intubades: els episodis repetits de hipòxia (cada sobredosi abans de la intubació, el període d'hipòxia durant la ventilació mecànica) provoquen danys neuronals específics causats per la privació d'oxigen. Hydergine aborda específicament aquest mecanisme de dany.

Dosatge: 4,5-9 mg diàriament en dosis dividides. L'ús a llarg termini (mesos) és quan els efectes cognitius són més pronunciats. Aquest no és un compost d'acció ràpida; els beneficis s'acumulen durant setmanes o mesos d'ús continuat.

IV. La síntesi: com és realment el protocol per a la persona que l'aplica.

◆ Està escrit per a la persona que va provar el ioga, no va sentir res i va concloure que estava "espatllada". No estaven espatllats. Simplement estaven utilitzant la calibració incorrecta.

El protocol següent està dissenyat per adaptar-se al punt de partida real que teniu, i no al punt de partida que suposava la literatura científica. És més exigent que la recomanació estàndard, no menys, perquè el vostre punt de partida representa un dèficit més profund, cosa que significa que la distància inicial fins a la línia base des de la qual funcionen les intervencions estàndard és més llarga, i no més curta. La intensitat del protocol reflecteix la gravetat de la condició de sortida.

Fase.	La intervenció.	La dosi i el format per a la persona adicta.	Què esteu construint realment.
Dies 1-30	Base metabòlica. Sense ioga. Sense meditació. Sense grups socials. Estabilitza la biologia fins que aquestes pràctiques siguin efectives.	5-MTHF + metilcobalamina. NAC 600 mg 2 vegades al dia. Magnès glicinat 400 mg a la nit. DHA 1000-2000 mg. CoQ10 200 mg. Proteïnes en cada àpat. Aigua. Arquitectura del son (dormir de costat, temperatura, melatonina 0.3 mg, foscor).	La base bioquímica que requereixen totes les intervencions conductuals. No es pot processar la recompensa abans que el sistema de recompenses tingui el substrat necessari. Aquesta és la fase de lliurament del substrat.
Dies 7-30 (començant a mitjans de la setmana 1).	Caminades de 10 minuts. No és exercici. No és entrenament. No és un programa. Una caminada de 10 minuts, diàriament, a l'aire lliure.	Comença el dia quan et sents físicament capaç. Camina a un ritme prou ràpid perquè sentis una lleugera dificultat per respirar. Torna. I això és tot. Cada dia. Aquí comença la producció de BDNF.	El senyal inicial de BDNF que inicia la recuperació de la densitat dels receptors D2 i el suport del còrtex prefrontal. La caminada de 10 minuts produeix el senyal de neuroplasticitat que fa que cada intervenció posterior sigui més efectiva.

Dies 30-60	Noopept + CDP-colina: introducció. Caminada de 15 a 20 minuts. Primera sessió de ioga (opcional): alta intensitat, petita classe o individual.	Noopept 10 mg per via sublingual al matí + CDP-colina 250 mg. La millora cognitiva és subtil al principi: no produeix una sensació de droga, sinó més aviat una sensació de claredat. Pot ser que la notis durant la segona o tercera setmana.	Començant la reparació cognitiva que fa que tot el demés sigui més eficaç. La funció AMPA millorada permet un aprenentatge millor a partir de l'exercici, una consolidació de la memòria millor del contingut de la teràpia i una major participació de la part frontal del cervell en el procés de recuperació.
Dies 60-90	Afegiment de piracetam. Caminada de 20 a 30 minuts. Introducció a la meditació durant 5 minuts. Ioga si es tolera. Ducha freda si s'està preparat.	Piracetam 800 mg amb la dosi del matí. Meditació de 5 minuts immediatament després de caminar (augmenta el BDNF, moment més propici per a la pràctica d'atenció). Ducha freda: exposició progressiva — 30 segons, augmentant gradualment.	La capa de suport nootrópic està activa. L'exposició al fred augmenta la noradrenalina i manté els nivells de dopamina en el perfil neuroquímic diari. La meditació comença a desenvolupar la força del PFC durant la finestra de neuroplasticitat més favorable.
Dies 90+.	Protocol complet: * Aniracetam en dies d'alta ansietat. * Phenylpiracetam 2-3 vegades per setmana en dies de gran demanda. * HIIT substituint o complementant la caminada constant. * Meditació de 20 minuts. * Programa complet d'exercici.	La persona que ha arribat al dia 90 en aquest protocol ha fet el treball que la base de coneixement per a persones novelles en l'addicció hagués requerit entre 12 i 18 mesos per produir. La cronologia accelerada és una conseqüència del suport nootrópic, la base metabòlica i les dosis inicials ajustades a la persona amb addicció.	L'arquitectura de recuperació completa està operativa. Les intervencions conductuals ara funcionen perquè el substrat neurològic que permet que funcionin s'ha creat específicament primer. El ioga, que semblava no fer res a la setmana 1, ara produeix allò que el ioga hauria de produir, perquè el sistema de recompensa s'ha recuperat prou per registrar-ho.

IV.1 — Què dir-se quan sembla que res importa.

L'eina psicològica més important per a la persona que aplica aquest protocol durant les primeres setmanes és la predicció honesta: al principi, semblarà que no passa res. No serà per sempre. Serà durant un període específic, previsible i finit, determinat per la profunditat del dèficit inicial i l'intensitat del protocol que s'està seguint.

LA TARGETA DE LES EXPECTATIVES REALS.

Setmana 1-4: L'exercici se sentirà com una feina sense recompensa. Els suplements es sentiran com pastilles. Els protocols de son se sentiran com tasques. Això és correcte. El sistema que registra aquests elements com a beneficiosos és el sistema que s'està reparant. No sentireu la reparació mentre està ocorrent, igual que no senteix que un os es consolidi.

Setmana 4-8: Alguna cosa canvia. No és un canvi dràstic, sinó una sensació lleugerament menys buida. L'exercici que semblava un treball inútil es torna lleugerament menys inútil. El noopept pot produir la primera claredat cognitiva que has sentit des que la substància va deixar de fer efecte. El son comença a sentir-se més com un descans real.

Setmana 8-12: El sistema de recompensa comença a reaccionar. Els 10 minuts de caminada que has estat fent cada dia comencen a semblar, lleugerament, una cosa que has escollit en lloc d'una cosa per la qual et forces. Això és quan la densitat del receptor D2 comença a recuperar-se. Aquest és el moment en què la base de coneixement estàndard parla quan diu "8 setmanes d'exercici". Ja hi estàs. Va trigar més temps. Estaves començant des d'un punt diferent.

Mesos 3-6: El protocol deixa de ser un esforç i es converteix en una rutina. La caminada diària és simplement una caminada diària. El noopept és una eina cognitiva fiable. La meditació produeix calma real, en lloc de només tolerar la posició asseguda. La classe de ioga produeix alguna cosa. No el que produeix per a la persona sobria que hi ha al teu costat. Però alguna cosa real. Alguna cosa teva.

La persona que va deixar de participar a la setmana 2 perquè no sentia res no era una persona dèbil. No se li va donar la predicció honesta. Se li va donar el calendari per a persones que comencen l'addicció, amb un punt de partida per a persones novelles en l'addicció. Aquesta targeta és la predicció honesta. Podeu continuar participant fins i tot quan no sentiu res. Precisament quan no sentiu res és quan hauríeu de continuar.

Crisis: 988 | SAMHSA: 1-800-662-4357

No estàs trencat. Estàs començant des d'un punt diferent. La cronologia és diferent. El destí és real.